Regione Campania – A.S.L.

Allegato 1

N°
codice a barre

C.F.

Cognome e Nome Assistito

APPROFONDIMENTI DIAGNOSTICI / FKT / FARMACI A CARICO DEL S.S.N.

P R E S C R I Z I O N E	_____

APPROFONDIMENTI DIAGNOSTICI / FKT / FARMACI NON A CARICO DEL S.S.N.

P R E S C R I Z I O N E	_____

D I A G N O S I	_____

Medico Prescrittore (Indicare il Codice Prescrittore)

TIMBRO

FIRMA DEL MEDICO

DATA